

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)

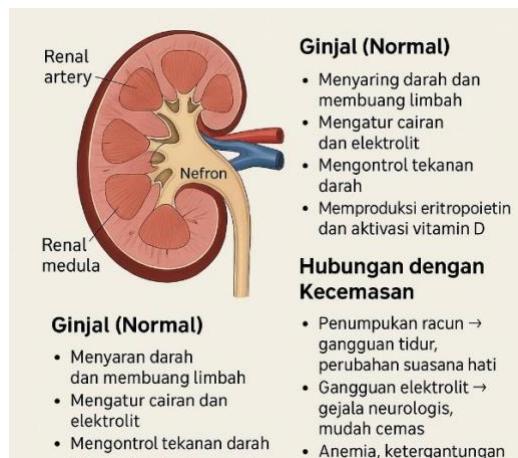
2.1.1. Pengertian CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara perlahan-lahan. CKD merupakan kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana terjadi kegagalan atau kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolic, cairan dan elektronik yang mengakibatkan terjadinya uremia. (Bagaskara, 2024)

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankn metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat detruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolisme seperti toksik uremic yang ada didalam darah. (Muttaqin, 2020)

Jadi pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) ini terjadi kerusakan pada fungsi ginjal, sehingga organ di ginjal tidak dapat mengangkat sisa metabolisme endogen yang berupa zat-zat yang di keluarkan melalui urine dan terakumulasi dalam cairan tubuh dan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi endokrin dan metabolic, cairan elektrolit dan asam basa.(Nurbaati, 2023).

2.1.2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2. 1 Anatomi ginjal manusia

Ginjal adalah sepasang organ retroperitoneal yang integral dengan hemaostatis tubuh dalam mempertahankan keseimbangan. Ginjal menyereksi hormon dan enzim yang membantu pengaturan produksi eritrosit, tekanan darah, serta metabolisme kalsium dan fosfor. Ginjal engatur volume cairan dan elektrolit tubuh, sehingga mempertahankan komposisi cairan yang normal. (Bagaskara, 2024)

Setiap ginjal dilingkupi kapsul tipis dari jaringan fibrus yang rapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus. Di bagian dalamnya terdapat struktur-struktur ginjal terdiri atas bagian *korteks* disebelah luar dan bagian medula di bagian dalam. Bagian medula tersusun atas lima belas sampai enam belas masa berbentuk piramida, yang disebut *pyramid ginjal*. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke helium dan berakhir di *kalises*. Kalises ini menyambungkan ke pelvis ginjal, (Bagaskara, 2024)

2.1.3. Klasifikasi

Menurut (Sukma, 2016), ada pun klasifikasi dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Stadium I (satu)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang masih normal (>90 ml/menit/ $1,73m^2$).

2. Stadium II (dua)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang ringan ($60-89$ ml/menit/ $1,73m^2$).

3. Stadium III (tiga)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang sedang ($30-59$ ml/menit/ $1,73m^2$).

4. Stadium IV (empat)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang berat ($15-29$ ml/menit/ $1,73m^2$).

5. Stadium V (lima)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang End- Stage Renal Disease (terminal) (<15 ml/menit/ $1,73m^2$).

2.1.4. Etiologi

Etiologi CKD menurut (Andra Saferi Wijaya, Yessie Mariza Putri, 2020) dalam buku Keperawatan Medikal Bedah diantaranya adalah:

a. Gangguan pembuluh darah ginjal

Berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan kontraksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hiperplasia fibromuscular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pada pembuluh

darah. Nefrosklerosis oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal.

b. Gangguan pada imunologis seperti glomerulonephritis

Berkaitan erat dengan respon imun tubuh yang abnormal terhadap antigen (zat asing atau infeksi), yang mengarah pada kerusakan ginjal, khususnya glomerulus.

c. Infeksi

Dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius.

d. Gangguan metabolic

Seperti Diabetes Melitus yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati aniloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.

e. Gangguan tubulus primer

Kelainan yang berasal langsung dari tubulus ginjal (tanpa didahului kerusakan glomerulus) dan menyebabkan gangguan fungsi reabsorpsi dan sekresi. Berikut adalah penjelasannya:

1) Toksin atau Zat Nefrotoksik

- Analgesik kronik → menyebabkan nefropati analgesik (kerusakan medula dan papila ginjal).

- Logam berat: Timbal (Pb), kadmium (Cd), merkuri (Hg) → menyebabkan disfungsi tubulus proksimal.
- f. Obstruksi traktus primer: oleh batu ginjal . Hipertrofi prostat, dan konstriksi uretra. Kelainan kongenital dan herediter: penyakit polikistik = kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/ kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain.Ginjal yang bersifat kongenital (hipolasia renalis) serta adanya asidosis.

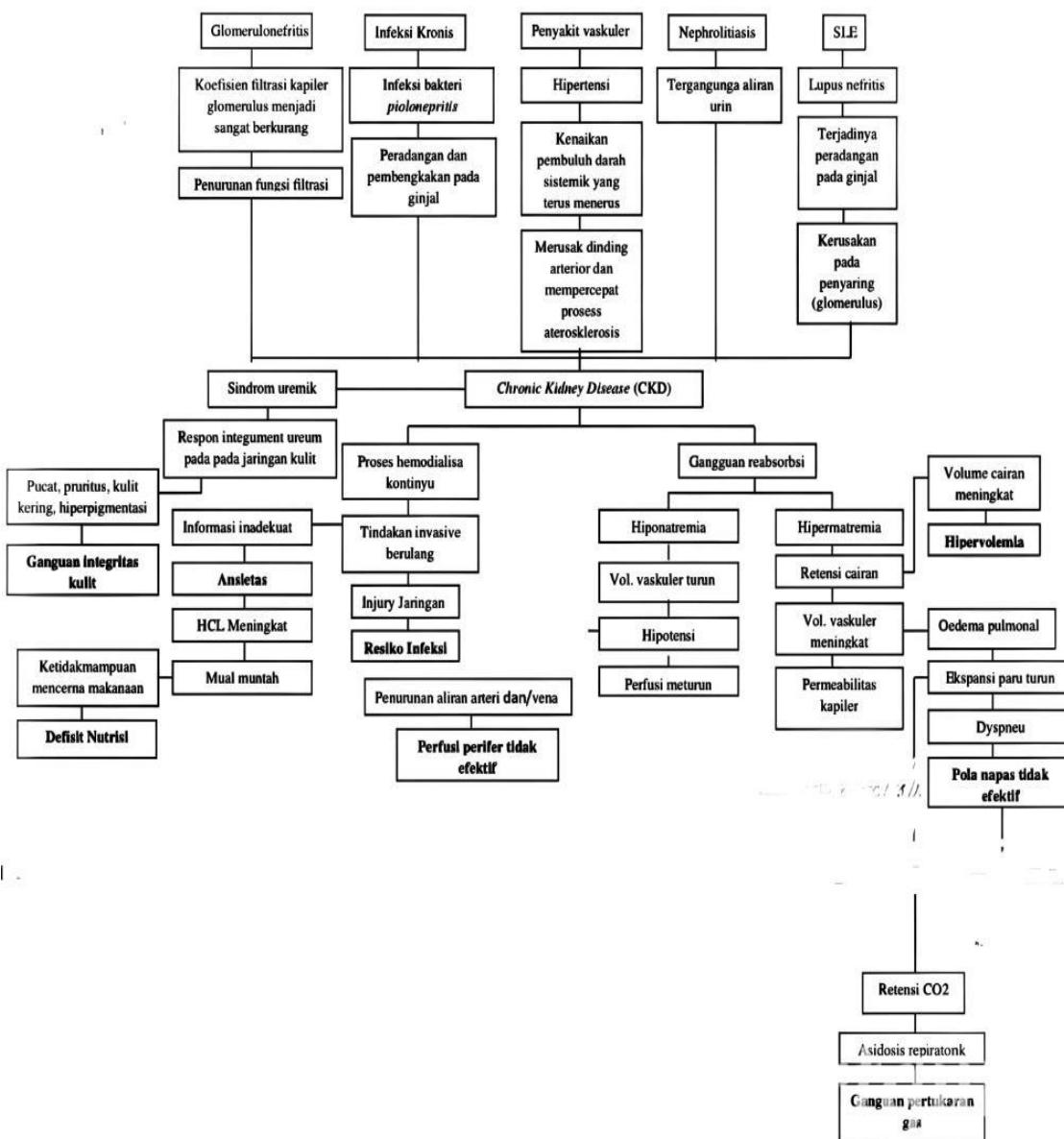
2.1.5. Patofisiologi

Menurut Bagaskara, (2024) penyebab yang mendasari penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) bermacam-macam seperti penyakit glomerulus baik primer maupun sekunder, penyakit vaskuler, infeksi, nefritis interstisial, obstruksi saluran kemih. Patofisiologi CKD melibatkan 2 mekanisme kerusakan : (1) mekanisme pencetus spesifik yang mendasari kerusakan selanjutnya seperti kompleks imun dan mediator inflamasi pada *glomerulonephritis*, atau pajanan zat toksin pada penyakit tubulus ginjal dan *interstitium*; (2) mekanisme kerusakan progresif yang ditandai dengan adanya *hiperfiltrasi* dan *hipertrofi* nefron yang tersisa.

Menurut Bagaskara, (2024) nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume fitrasi yang meningkat disertai reabsorbsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya sering. Metode adaptif ini memungkinkan gijal untuk berfungsi $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron yang rusak. Beban yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang diabsorpsi dan berakibat diuresis osmotic disertai poliuri. Selanjutnya jumlah nefron yang rusak bertambah, oliguria timbul disertai retensi produk sisa. Fungsi ginjal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskrsikan di dalam urin) tertimbun di dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh.

Menurut Bagaskara, (2024) kerusakan struktur ginjal tersebut akan menyebabkan kerusakan fungsi ekskretorik maupun non-exkretorik ginjal. Kerusakan fungsi ekskretorik ginjal antara lain penurunan ekskresi sisa nitrogen, penurunan ekskresi hidrogen. Kerusakan fungsi non-exkretorik ginjal antara lain kegagalan mengubah bentuk inaktif Ca, menyebabkan penurunan produksi *eritropoetin* (EPO), menurunkan fungsi insulin, meningkat produksi lipid, gangguan sistem imun dan sistem reproduksi.

Bagan 2. 1 Pathway CKD



Sumber: (Alfira, 2024)

2.1.6. Tanda dan Gejala

Pasien akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala ; Keparahan kondisi bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

a) Sistem Kardiovaskuler

Hipertensi, retinopati (kerusakan retina mata) dan ensefalopati hipertensif (suatu sindrom akibat dari peningkatan tekanan arteri mendadak tinggi yang dapat mempengaruhi fungsi otak), beban sirkulasi berlebih, edema, gagal jantung kongestif (kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan tubuh), dan distitmia (gangguan irama jantung).

b) Sistem Dermatologi

Pucat, pruritis atau gatal, Kristal uremia, kulit kering, dan memar.

c) Sistem Neurologi

Mudah lelah, otot mengecil dan lemah, sistem saraf tepi : Penurunan ketajaman mental, konsentrasi buruk, kecacuan mental, koma, otot berkedut, kejang.

d) Sistem pernafasan

Dispnea yaitu kondisi yang terjadi akibat tidak terpenuhinya pasokan oksigen ke paru – paru yang menyebabkan pernafasan menjadi cepat, pendek, dan dangkal., edema paru, pneumonitis, kusmaul (pola pernapasan yang sangat dalam).

e) Sistem Gastroinstestinal

Anoreksia, mual, muntah, nafas bau amoniak, mulut kering, pendarahan saluran cerna, diare, stomatitis atau sariawan, parotitisatau infeksi virus yang menyebabkan pembengkakan pada kelenjar parotis pada wajah.

f) Sistem Perkemihan

Poliuria (urine dikeluarkan sangat banyak dari normal), berlanjut menuju oliguria (urine yang dihasilkan sangat sedikit), lalu anuria (kegagalan ginjal sehingga tidak dapat membuat urine), nokturia (buang air kecil di sela waktu tidur malam), proteinuria (Protein didalam urine).

g) Hematologik Anemia, hemolysis (kehancuran sel darah merah), kecenderungan perdarahan, risiko infeksi.

h) Biokimia

Azotemia (penurunan GFR, menyebabkan peningkatan BUN dan kreatinin), hyperkalemia, Retensi Na, Hipermagnesia, Hiperrurisemia.

i) Sex

Libido hilang, Amenore (ketika seorang wanita usia subur tidak mengalami haid), Impotensi dan sterilisasi.

j) Metabolisme

Hiperglikemia kebutuhan insulin menurun, lemak peningkatan kadar trigliserad, protein sintesis abnormal.

k) Gangguan kalsium Hiperfosfatemia, hipokalsemia, konjungtivitis / ureamia mata merah, (Bagaskara, 2024).

2.1.7. Komplikasi

Menurut Bagaskara, (2024) komplikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

a. Penyakit Tulang

Penurunan kadar kalium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks pada tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis pada tulang.

b. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai control sirkulasi sistematik akan berdamoak secara sistemik berupa hipertensi,kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri)

c. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin).Sekresi eritropoetin yang mengalami defesiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin dalam tubuh.

d. Disfungsi Seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal,terjadi impotensi pada pria maka libido sering mengalami penurunan, hperprolaktinemia di wanita.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Bagaskara, 2024) beberapa pemeriksaan penunjang untuk CKD antara lain:

a. Gambaran klinis

- Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti DM, infeksi traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemia dan SLE.
- Sindrom uremia yang terdiri dari lemah, latergi, anoreksia, mual muntah, nocturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, pericarditis, kejang-kejang sampai koma,
- Gejala komplikasi, antara lain hipertenis, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolic, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

b. Gambaran laboratorium

- Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan juga penurunan LFG yang dihitung dengan mempergunakan rumus *Kockcroft-Gault*.
- Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk memperkirakan fungsi ginjal.
- Kelainan biokimiawi darah meliputi penurunan kadar Hb, peningkatan kadar asam urat, hiperkalemia, dan asidosis metabolic.
- Kelainan urinalisis, meliputi proteinuria, leukosuria, cast, isostenuria.

c. Gambaran radiologi

Pemeriksaan radiologi penyakit ginjal kronis antara lain:

- Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio-opak
- Pielografi antegrad atau retrograde dilakukan sesuai indikasi
- Ultrasonografi ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, adanya hidronifrosis atau batu ginjal, kista, massa, klasifikasi
- Pemeriksaan pemidaian ginjal atau renograf, dikerjakan bila ada indikasi.

d. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, karena diagnosis secara nonivasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi ini bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal tidak dilakukan pada ginjal yang sudah terkendali, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal napas, dan obesitas.

2.1.9. Penatalaksanaan Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut (Kanda & Tanggo, 2022) penatalaksanaan medis penyakit *chronic kidney disease* (CKD) meliputi:

a. Terapi Farmakologi

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5 yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit.

Terapi tersebut dapat berupa:

1) *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) CAPD merupakan salah satu pilihan dialisis untuk pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir (ESRD), yang dilakukan 3–4 kali sehari. Pertukaran terakhir biasanya dilakukan saat menjelang tidur dan cairan peritoneal dibiarkan semalam. Dialisis peritoneal dilakukan secara perlahan dan direkomendasikan bagi anak-anak, lansia (di atas 65 tahun), pasien dengan gangguan kardiovaskular, mereka yang berisiko mengalami perdarahan jika menjalani hemodialisis, pasien dengan kesulitan membuat AV shunt, penderita stroke, pasien gagal ginjal terminal dengan urin residual yang masih memadai, serta penderita nefropati diabetik dengan komorbiditas tinggi.

2) Hemodialisa

Hemodialisis adalah salah satu metode pengganti fungsi ginjal selain CAPD dan transplantasi. Prosedur ini melibatkan pengaliran darah pasien ke luar tubuh melalui mesin yang disebut dialiser, yang menggunakan membran semipermeabel untuk memisahkan darah dari cairan dialisis, memungkinkan terjadinya difusi zat-zat toksik. Hemodialisis dilakukan saat LFG di bawah 15 ml/menit (stadium 5) dan biasanya dilakukan 2–3 kali seminggu, masing-masing selama 3–5 jam. Terapi ini efektif untuk mengeluarkan racun dari darah dan mengurangi kelebihan cairan, serta mencegah kerusakan organ permanen atau kematian.

b. Terapi nonfarmakologi

Pendekatan konservatif bertujuan untuk mencegah penurunan fungsi ginjal lebih lanjut, mengurangi gejala akibat penumpukan racun azotemia, memperbaiki metabolisme, serta menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Strategi yang dapat diterapkan antara lain:

a) Diet rendah protein

Pembatasan asupan protein membantu mengurangi gejala azotemia.

Namun, konsumsi rendah protein jangka panjang berisiko menyebabkan ketidakseimbangan nitrogen. Diet ini bermanfaat untuk mengurangi keluhan seperti mual, muntah, dan anoreksia, serta memperlambat progresivitas penyakit ginjal.

b) Diet rendah kalium

Pasien disarankan untuk menghindari makanan dan obat-obatan tinggi kalium. Asupan kalium yang dianjurkan adalah 40–80 mEq/hari. Energi yang dikonsumsi harus mencukupi agar keseimbangan nitrogen tetap positif dan status gizi terjaga. Rekomendasi asupan energi adalah 35 kkal/kg/hari untuk pasien di bawah 60 tahun, dan 30–35 kkal/kg/hari untuk mereka yang berusia di atas 60 tahun dengan LFG < 25 ml/menit dan belum menjalani dialisis.

c) Asupan cairan

Regulasi cairan sangat penting pada gagal ginjal lanjut. Asupan berlebih dapat menyebabkan kelebihan cairan, edema, dan keracunan cairan, sedangkan kekurangan cairan bisa menyebabkan dehidrasi dan penurunan fungsi ginjal. Panduan umum adalah menyesuaikan asupan cairan dengan jumlah urin 24 jam ditambah 500 ml untuk menggantikan kehilangan cairan tak terduga. Bagi pasien dialisis, peningkatan berat badan yang diizinkan

berkisar antara 0,9–1,3 kg. Kebutuhan mineral dan elektrolit harus disesuaikan dengan kondisi pasien, termasuk LFG dan penyakit ginjal yang mendasarinya.

Berikut disini ada beberapa terapi nonfarmakologis untuk menurunkan Tingkat kecemasan yaitu:

a. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu usaha untuk inspirasi dan ekspirasi sehingga berpengaruh terhadap peregangan kardiopulmonari. Dari peregangan kardiopulmonari dapat meningkatkan biorseptör yang akan merangsang saraf parasimpatis dan menghambar pusat simpatis. Peningkatan saraf simpatis menurunkan ketegangan, kecemasan serta mengendalikan fungsi denyut jantung sehingga membuat tubuh rileks

b. Terapi Dzikir

Terapi dzikir merupakan suatu cara dari Teknik terapi yang mudah untuk dilakukan dalam serangkaian bacaan-bacaan yang dilafalkan bisa dilakukan kapanpun dan dimanapun. Terapi dzikir ini dilakukan dengan sepenuh hati agar menenangkan hati juga pikiran yang bertujuan untuk mengurangi Tingkat kecemasan.

c. Terapi Perilaku Kognitif

Cognitive Behavioral Theraphy (CBT) merupakan terapi yang mengajarkan orang berbagai cara berfikir, berprilaku, dan bereaksi terhadap objek atau situasi yang menimbulkan kecemasan dan ketakutan, sehingga dapat membantu orang mempelajari dan mempraktikkan keterampilan sosial

d. Terapi Musik terapi music yaitu dengan mendengarkan music seperti music religi, instrumental, atau music yang menenangkan selama proses hemodialisa.

e. Meditasi

Meditasi adalah praktik yang mengharuskan seseorang individu untuk menggunakan sejumlah teknik, seperti memfokuskan pikiran pada suatu objek, pikiran atau aktivitas tertentu, untuk mencapai kejelasan mental dan ketenangan emosional.

2.2. Konsep Dasar Ansietas

2.2.1. Definisi Ansietas

Kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. (Muyasarah et al. 2020).

Menurut *American Psychological Association* (APA) dalam (Muyasarah et al. 2020), kecemasan merupakan keadaan emosional yang muncul pada saat individu sedang stress, dan ditandai dengan perasaan tegang, pikiran yang membuat seseorang merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).

Berdasarkan pendapat dari (Gunarso, n.d, 2008) dalam (Wahyudi, Bahri, and Handayani 2019), kecemasan atau anxietas adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Pengaruh kecemasan terhadap tercapainya kedewasaan, merupakan masalah penting dalam perkembangan kepribadian. Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakan. Baik tingkah laku normal maupun tingkah laku yang menyimpang, yang terganggu, kedua-duanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari

pertahanan terhadap kecemasan itu. Jelaskan bahwa pada gangguan emosi dan gangguan tingkah laku, kecemasan merupakan masalah penting (Prahesty, 2023).

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis. Anxiety atau kecemasan merupakan pengalaman yang bersifat subjektif, tidak menyenangkan, menakutkan dan mengkhawatirkan akan adanya kemungkinan bahaya atau ancaman bahaya dan seringkali disertai oleh gejala-gejala atau reaksi fisik tertentu akibat peningkatan aktifitas otonomik. (Sari 2020).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tetapi belum mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh dan perilaku dapat terganggu, tetapi masih dalam batas-batas normal (Candra et al. 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan takut dan khawatir yang bersifat lama pada sesuatu yang tidak jelas (subjektif) atau belum pasti akan terjadi dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya.

2.2.2. Tingkatan Kecemasan

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Menurut *Peplau*, dalam Muyasaroh et al. (2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara

lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemtar, insomnia, palpitas, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat

melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

2.2.3. Faktor-Faktor Penyebab Kecemasan

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa - peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan.

Menurut Savitri Ramaiah (2003) dalam Muyasaroh et al. (2020) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi Yang Ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab - Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan semasa remaja dan

sewaktu terkena suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Menurut Patotisuro Lumban Gaol, (2004) dalam Muyasarah et al. (2020), kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi.

Sedangkan, menurut Blacburn & Davidson dalam Ifdil and Anissa (2016), menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus ke permasalahannya).

2.2.4. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Jeffrey S. Nevid, dkk (2005: 164) dalam (Ifdil and Anissa 2016) ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu :

- a. Tanda-Tanda Fisik Kecemasan,

Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu : kegelisahan, kegugupan,, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan

yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

b. Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan,

Tanda-tanda behavioral kecemasan diantaranya yaitu : perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.

c. Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan

Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati (meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

Menurut Dadang Hawari (2006: 65-66) dalam (Ifdil and Anissa 2016), mengemukakan gejala kecemasan diantaranya yaitu :

- a. Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang
- b. Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir)
- c. Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum (demam panggung)
- d. Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain
- e. Tidak mudah mengalah
- f. Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
- g. Sering mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit
- h. Mudah tersinggung, membesar-besarkan masalah yang kecil (dramatisasi)
- i. Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu
- j. Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya seringkali diulang-ulang

2.2.5. Dampak Kecemasan

Ketakutan, kekhawatiran dan kegelisahan yang tidak beralasan pada akhirnya menghadirkan kecemasan, dan kecemasan ini juga akan berdampak pada perubahan perilaku seperti, menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dalam beraktivitas, susah makan, mudah tersinggung, rendahnya pengendalian emosi amarah, sensitive, tidak logis, susah tidur. (Jarnawi 2020).

Menurut Yustinus (2006) dalam (Arifiati and Wahyuni 2019), membagi beberapa dampak dari kecemasan ke dalam beberapa simtom, antara lain :

- a. Simtom Suasana Hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Oleh orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah-marah.

b. Simtom Kognitif

Simtom kognitif yaitu kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada seseorang mengenai hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidaklah memperhatikan masalah yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simtom Motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motorik menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari kaki mengetuk-ngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam

2.3. Alat Ukur Kecemasan

2.3.1. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS-A)

Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Nol Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan

dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. "Skala HARS penilaian Ansietas terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung
2. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut.
3. Ketakutan: takut terhadap gelap, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur: sakur memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, sulit berkonsentrasi
6. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik: sakit dan nyeri otot kaku, kedutan otot, gigit gemerutuk, surat tidak stabil.
8. Gejala snsorik: tenitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, sulit buang air besar.
12. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenorrhoe, menorrhagia, frigid, ejakulasi praecocks, ereksi lemah, dan impotensi.

13. Gejala otomotik: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu romang berdiri.

14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tidak tenang, jari gemitar, kerut keping, maka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah

Cara penilaian Ansietas adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0= tidak ada gejala sama sekali

1= satu gejala yang ada

2= sedang/separuh gejala yang ada

3= berat/lebih dari separuh gejala yang ada

4= sangat berat semua gejala ada

Penurunan derajat Ansietas dengan cara menjumlahkan skor 1-14 dengan hasil:

Skor kurang dari 14 = tidak ada Ansietas

Skor 14-20 = Ansietas ringan

Skor 21-27 = Ansietas sedang

Skor 28-41 = Ansietas berat

Skor 42-52 = Ansietas berat sekali

2.2.7. Penatalaksanaan Kecemasan

Penatalaksanaan dalam mengurangi kecemasan diantaranya yaitu:

- 1) Farmakologi

Menurut obat-obatan yang dapat mengurangi kecemasan yaitu:

a) Antiansietas yaitu obat Benzodiazepinuntuk mengobati gangguan kecemasan, insomnia, atau serangan panik, dan untuk obat Buspiron untuk mengatasi gangguan kecemasan umum yang bekerja dengan cara menyeimbangkan kadar dopamine dan serotonin di otak.

b) Antidepresi

Golongan Serotonin Norepinephrin Reuptake Inhibitors (SNRI).

Penggolongan yang paling efektif untuk pasien dengan kecemasan menyeluruh adalah pengobatan yang mengombinasikan psikoterapi dan farmakologi. Pengobatan mungkin memerlukan cukup banyak waktu bagi klinis yang terlibat.

2) Nonfarmakologi

a) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu usaha untuk inspirasi dan ekspirasi sehingga berpengaruh terhadap peregangan kardiopulmonari. Dari peregangan kaedio[ulmonari dapat meningkatkan biorseptor yang akan merangsang saraf parasimpatis dan menghambar pusat simpatis. Peningkatan saraf simpatis menurunkan ketegangan, kecemasan serta mengendalikan fungsi denyut jantung sehingga membuat tubuh rileks

b) Terapi Dzikir

Terapi dzikir merupakan suatu cara dari Teknik terapi yang mudah untuk dilakukan dalam serangkaian bacaan-bacaan yang dilafalkan bisa

dilakukan kapanpun dan dimanapun.Terapi dzikir ini dilakukan dengan sepenuh hati agar menenangkan hati juga pikiran yang bertujuan untuk mengurangi Tingkat kecemasan.

c) Terapi Perilaku Kognitif

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan terapi yang mengajarkan orang berbagai cara berfikir, berprilaku, dan bereaksi terhadap objek atau situasi yang menimbulkan kecemasan dan ketakutan, sehingga dapat membantu orang mempelajari dan mempraktikan keterampilan sosial

d) Terapi Musik

terapi music yaitu dengan mendengarkan music seperti music religi, instrumental, atau music yang menenangkan selama proses hemodialisa.

2.4.Konsep Terapi Dzikir

2.4.1. Pengertian Terapi Dzikir

Terapi adalah Upaya pengobatan yang ditunjukan untuk penyembuhan kondisi psikologis. Terapi juga dapat berarti upaya sistematis dan terencana dalam menangguangi masalah-masalah yang dihadapi mursyadbih (klien) dengan tujuan mengembalikan, memelihara, menjaga, dan mengembangkan kondisi klien agar akal dan hatinya berada dalam kondisi dan posisi yang proposional.

Dzikir secara etimologi berasal dari bahasa arab dzakara, artinya mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal atau mengerti. Menurut Chodjim dzikir berasal dari kata dzakara yang berarti mengingat, mengisi atau menuangi, artinya, bagi orang yang berdzikir berarti mencoba mengisi dan menuangi pikiran dan hatinya dengan kata-kata suci.

Biasanya perilaku dzikir diperlihatkan orang dalam bentuk renungan sambil duduk sambil membaca bacaan-bacaab tertentu. Dalam kamus tasawuf yang ditulis oleh Solihin dan Rosihin Anwar menjelaskan dzikir merupakan kata yang digunakan untuk menunjuk setiap bentuk pemusatkan pikiran kepada Tuhan, dzikirpun merupakan prinsip awal untuk seseorang yang berjalan menuju Tuhan (suluk).³ Sedangkan dalam pengertian terminologi dzikir merupakan suatu amal ucapan atau amal qauliyah melalui bacaan-bacaan tertentu untuk mengingat Allah.

Berdzikir kepada Allah suatu rangka dari rangkaian iman dan islam yang mendapat perhatian khusus dan istimewa dari Al-Quran dan sunnah. Hal ini dibuktikan dengan begitu banyaknya ayat Al Quran dan hadist Nabi yang menyenggung dan membahas tentang masalah ini.

Menurut Al-Qur'an surat Ar-Ra'd ayat 28 yang artinya: "yaitu orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenram dengan mengingat Allah. Ingatlah hanya dengan zikir dan mengingat Allah hati menjadi tenram" Dari paparan ayat tersebut, bahwa dzikir merupakan salah satu cara untuk terapi semua penyakit rohani yang dialami manusia. Walaupun dalam teks Al-Qur'an dzikir hanya sebagai penenram hati saja. Kita dapat memahami bahwa banyak penyakitt hati yang muncul karena tidak tenangnya hati. Dalam hal ini dzikir dapat menenangkan hati dan jiwa seseorang yang sedang mengalami goncangan dan menentralisasi pikiran yang sedang merasakan kepenatan.

Sebagian ahli kedokteran jiwa telah menyakini bahwa penyembuhan penyakit klien dapat dilakukan lebih cepat jika memakai cara pendekatan keagamaan, yaitu dengan membangkitkan potensi keimanan kepada Tuhan lalu menggerakan kearah pencerahan batiniah. Dengan kondisi inilah akhirnya timbul kepercayaan diri bahwa Tuhan adalah satu-satunya penyembuh dari berbagai penyakit. (M Sholihin,2002)

Dari penjelasan terapi dan dzikir diatas dapat disimpulkan bahwa terapi dzikir adalah pengobatan psikologis dengan mengingat Allah dengan cara membaca lafal tertentu dan disertai dengan perenungan terhadap petunjuk yang Allah tampakkan. (M Sholihin.,2002)

2.4.2. Macam Dzikir

Dzikir kepada Allah secara umum dapat diklasifikasikan menjadinya empat bentuk atau jenis, hal ini di dasarkan pada aktivitas apa yang digunakan untuk mengingat Allah :

1. Dzikir piker (Tafakkur).
2. Dzikir dengan lisan atau ucapan.
3. Dzikir dengan qolbu.
4. Dzikir dengan amal perbuatan.

Latif, (2022) membagi model dzikir berdasarkan pusat aktivitas dzikirnya menjadi 2 macam, yaitu sebagai berikut:

1. Dzikir dalam arti ingat yang sebelumnya lupa atau lalai. Artinya manusia kembali berdzikir setelah lalai mengingat Allah. Dalam jangka waktu tertentu, kemudian dia bertaubat untuk senantiasa mengingat-Nya.
2. Dzikir dalam artian kekal ingatnya. Setelah manusia tersebut beraubat yang sebenarnya kemudian dia akan selalu ingat akan Allah

Lebih lanjut, dalam kehidupan sufi dikenal dengan dua jenis praktik dzikir, yaitu lisan (Jahar) dan dzikir qalbi (khofī) :

1. Dzikir Lisan

Dzikir lisan merupakan dzikir dengan mengucapkan lafal-lafal dzikir tertentu yang berasal dari ayat-ayat Al-Qur'an baik keseluruhan maupun sebagian, baik dengan suara keras maupun perlahan. Dalam melakukan dzikir ada beberapa hal yang harus diperhatikan. Pertama diniatkan untuk mendekatkan diri dan beribadah kepada Allah dengan tujuan mencari ridha, cinta, dan ma'rifat-Nya. Kedua dilakukan dalam keadaan

memiliki wudlu. Pertimbangannya karena wudlu menyiratkan penyucian diri dari hadas. Ketiga dilakukan pada trmpat dan suasan yang menunjang kekhusukan. Keempat berusaha memahami makna yang terkandung didalmnya. Kelima mengkosongkan hati dan ingatan dari segala sesuatu selain Allah. Keenam mewujudkan pesan-pesan yang terkandung dalam ucapan dzikir itu dalam sikap hidup.

2. Dzikir Qolbu

Dzikir Qalbu yaitu zikir yang tersembunyi di dalam hati tanpa suara dan kata-kata. Zikir ini hanya memenuhi qalbu dengan kesadaran yang sangat dekat dengan Allah seirama dengan detak jantung serta mengikuti keluar masuknya nafas disertai kesadaran akan kehadiran Allah. Dalam literatur sufisme barat, dzikir qalbu sering dilukiskan sebagai Living Prosenc (hidup dengan merasakan kehadiran Tuhan).

2.4.3. Lafal Dzikir

Ada beberapa lafal dzikir yang bersumber dari Al-Qur'an maupun Hadist Nabi, diantaranya sebagai berikut :

- a. Tahmid, yaitu mengucapkan al-hamdulillah (Segala puji bagi Allah).
- b. Tasbih, yaitu mengucapkan Subhanallah (Maha suci Allah).
- c. Takbir, yaitu mengucapkan Allahu akbar (Allah Maha besar).
- d. Tahlil, yaitu mengucapkan Laa ilaha illa Allah (Tiada tuhan selain Allah).
- e. Basmalah yaitu mengucapkan Bismillahirrahmani ar-rahim (Dengan nama Allah yang maha pengasih lagi maha penyayang).
- f. Istighfar yaitu mengucapkan astghfirullah (Aku memohon ampun kepada Allah).
- g. Hawqalah, yaitu mengucapkan La hawla wala quwwata illa billah (Tiada daya dan tiada kekuatan, kecuali daya dan kekuatan dari Allah).

Adapun bacaan-bacaan yang dianjurkan dalam dzikir lisan adalah sebagai berikut:

- 1) Membaca tasbih (Subhanallah) sebanyak 33 kali artinya Maha Suci Allah.
- 2) Membaca tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali artinya segala puji bagi Allah.
- 3) Membaca takbir (Allahu Akbar) sebanyak 33 kali artinya Allah Maha Besar
- 4) Menutup dengan Tahlil (Laa ilaaha illallah, wahdahu laa syarikalahu, lahu)
- 5) Mulku walahu hamdu wahuwa 'ala kulli syai'in qadiir) sebanyak 1 kali.
- 6) Berdasarkan Hadis Nabi SAW kenapa dzikir ini harus di bacakan sebanyak 33 kali.

Karena amalan yang diajarkan oleh Rasulullah SAW, yaitu salah satunya hadis yang mendukung amalan ini adalah:

Hadis Dari Abu Hurairah radhiyallahu 'anhu, Rasulullah SAW bersabda:

"Barang siapa yang bertasbih (mengucapkan 'Subhanallah') setiap selesai salat sebanyak 33 kali, bertahmid (mengucapkan 'Alhamdulillah') 33 kali, dan bertakbir (mengucapkan

'Allahu Akbar') 33 kali, lalu genap menjadi 100 dengan mengucapkan: 'Laa ilaaha illallah wahdahu laa syariikalah, lahul mulku walahu hamdu wahuwa 'ala kulli syai'in qadiir,' maka diampuni dosa-dosanya meskipun sebanyak buih di lautan," (**HR. Muslim No. 597**)

2.4.4. Manfaat Dzikir

Menurut Anshori dzikir bermanfaat mengontrol perilaku. Pengaruh yang ditimbulkan secara konstan, akan mampu mengontrol perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang yang melupakan dzikir atau lupa kepada Tuhan, terkadang tanpa sadar dapat berbuat maksiat, namun mana kala ingat kepada Tuhan kesadaran akan dirinya sebagai hamba Tuhan akan muncul kembali.

Dzikir mempunyai manfaat yang besar terutama dalam dunia modern seperti sekarang, manfaat dzikir dalam kehidupan menurut Amin Syukur antara lain:

- a) Dzikir memantapkan iman

Jiwa manusia akan terawasi oleh apa dan siapa yang selalu melihatnya. Ingat kepada Allah berarti lupa kepada yang lain, ingat yang lain berarti lupa kepada-Nya. Melupakan-Nya akan mempunyai dampak yang luas dalam kehidupan manusia.

- b) Dzikir dapat menghindarkan dari bahaya

Dalam kehidupan ini, seseorang tak bisa lepas dari kemungkinan datangnya bahaya. Hal ini dapat diambil pelajaran dari peristiwa Nabi Yunus As yang tertelan ikan. Pada saat seperti itu Yunus As berdoa: la ilaha illa anta subhanaka inni kuntu minadh dhalimin (tiada Tuhan selain engkau, maha suci engkau, sesungguhnya aku adalah termasuk orang-orang yang dhalim) (Al-Anbiya':27). Dengan doa dan dzikir itu Yunus As dapat keluar dari perut ikan.

- c) Dzikir sebagai terapi jiwa

Islam sebagai agama rahmatan lil alamin menawarkan suatu konsep dikembangkannya nilai-nilai ilahiah dalam batin Mengingat seseorang. Shalat

misalnya yang didalamnya terdapat penuh doa dan dzikir, dapat di pandang sebagai ‘malja’ (tempat berlindung) ditengah badai kehidupan modern’ disinilah misi Islam untuk menyegarkan hati manusia. Dzikir fungsional, akan mendatangkan manfaat, antara lain mendatangkan kebahagiaan, menentramkan jiwa, obat penyakit hati dan sebagainya.

d) Dzikir menumbuhkan energi akhlak

Kehidupan modern yang ditandai juga dengan dekadensi moral, akibat dari berbagai rangsangan dari luar, khususnya melalui mass media. Pada saat seperti ini dzikir yang dapat menumbuhkan iman dapat menjadi sumber akhlak. Dzikir tidak hanya dzikir substansial, namun dzikir fungsional. Dengan demikian, betapa penting mengetahui, mengerti (ma’rifat) dan mengingat (dzikir) Allah, baik terhadap nama-nama maupun sifatsifat- Nya , kemudian maknanya ditumbuhkan dalam diri secara aktif, karena sesungguhnya iman adalah keyakinan dalam hati, diucapkan dalam lisan dan direalisasikan dalam amal perbuatan.

2.4.5. Cara Berdzikir

Rifai dan Sukamto membagi berdasarkan dapat dilakukannya dzikir menjadi 2 macam, yaitu sebagai berikut:

a. Secara Kuantitatif ,artinya menyebut nama Allah SWT . Dengan jumlah bilangan tertentu misalnya mengucap tahlid sebanyak 33 kali.

b. Secara Kualitatif, artinya berdzikir melalui penghayatan yang terdiri atas 3 tingkatan, sebagai berikut :

1. Dzikir Kontemplatif (perenungan mendalam), artinya ketika kita membaca tasbih, tahlid, tahlil, istighfar, disertai dengan penghayatan bahwa kita sangat kecil

dibandingkan Allah SWT., kita dipenuhi oleh lumpur dosa, kita mengakui dan meyakini kebesaran-Nya yang menciptakan alam semesta yang Maha luas karena Allah adalah sang Maha kaya dari segalanya.

2. Dzikir Antisipatif, artinya kita menanggapi segala hal yang terjadi di seluruh alam raya sebagai aktivitas dan kehendak Allah SWT. dengan smempersepsikannya melalui pikiran, perasaan dan tindakan.
3. Dzikir Aplikatif, artinya kita senantiasa mengingat Allah SWT. ketika melakukan segala sesuatu dan dihubungkan dengan salah satu sifat-sifat Allah yang Maha Mulia. Misalnya kita mengucapkan istighfar dan menyebut Ar- rahman-Ar-rahim ketika sedang emosi, marah maupun kecewa.Secara garis besar dzikir menjadi 2 jenis, sebagai berikut:
 - a. Dzikir yang dilakukan tidak terikat dengan waktu, tempat dan keadaan. Misalnya, kita bisa mengucap istighfar, tahmid, tahlil, ketika kita dalam suatu perjalanan atau ketika sedang beraktifitas yang lainnya
 - b. Dzikir yang dilakukan terikat dengan waktu, tempat dan keadaan. Misalnya ketika kita hendak makan maka dzikirnya akan berbeda dengan ketika kita akan mandi.

Tata cara berdzikir yang dianjurkan dalam mengerjakannya sebagai berikut:

1. Berniat semata-mata hanya mencari ridha Allah SWT., tanpa maksud atau tujuan yang lainnya.
2. Melakukannya dengan penuh konsentrasi dan penghayatan mendalam terhadap maknanya.
3. Melakukannya dengan sikap tadlarru' dengan suara yang pelan, dengan sikap rendah diri dan rendah hati.
4. Menggunaan lafal-lafal dzikir sesuai dengan tang dituntukan oleh syara' dan menyesuaikan yang dibaca dengan waktu, tempat serta situasinya sendiri-sendiri, tanpa mengada-adakan dengan yang lainnya

2.4.6. Indikasi dan Kontra Indikasi Terapi Dzikir

A. Indikasi Terapi Dzikir

- a) Pasien CKD yang menunjukkan tanda-tanda stres atau kecemasan.
- b) Pasien CKD dengan latar belakang spiritual atau agama Islam.
- c) Pasien yang bersedia dan memahami makna dzikir.
- d) Pasien dengan status kesadaran yang baik dan mampu berkomunikasi.

B. Kontra Indikasi Terapi Dzikir

- a) Pasien yang tidak beragama islam.
- b) Pasien yang menolak atau tidak nyaman dengan praktik keagamaan.
- c) Pasien dengan gangguan kesadaran (tidak sadar atau stupor).
- d) Pasien yang dalam kondisi kritis yang membutuhkan intervensi medis segera.

2.4.7. Kelebihan dan Kekurangan Teapi Dzikir

A. Kelebihan Terapi Dzikir

Menurut Rahmawati, N., (2020) kelebihan dari terapi dzikir sebagai berikut:

1. Menurunkan Tingkat Kecemasan

Terapi dzikir efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa terapi relaksasi dzikir berpengaruh signifikan dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien dengan nilai p-value 0,000.

2. Meningkatkan Kualitas Tidur

Terapi dzikir dapat meningkatkan kualitas tidur pasien CKD yang menjalani hemodialisis. Studi menunjukkan bahwa intervensi ini memberikan efek signifikan dalam memperbaiki kualitas tidur pasien.

3. Mengurangi Stres Psikologis

Terapi dzikir dapat mengurangi stres psikologis pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis. Penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi dzikir, terjadi penurunan skor stres pada pasien.

4. Meningkatkan Kualitas Hidup

Terapi dzikir dapat meningkatkan kualitas hidup pasien CKD. Studi menunjukkan bahwa intervensi terapi dzikir efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis.

B. Kekurangan Terapi Dzikir

Menurut Rahmawati, N., (2020) kelebihan dari terapi dzikir sebagai berikut:

1. Efektivitas Bervariasi

Efektivitas terapi dzikir sangat tergantung pada keyakinan individu. Pasien yang tidak memiliki latar belakang religius atau berbeda agama mungkin tidak merasakan manfaat yang sama.

2. Tidak Menggantikan Terapi Medis

Terapi dzikir adalah terapi tambahan dan tidak dapat menggantikan pengobatan terapi medis utama seperti hemodialisis. Terapi dzikir ini hanya berfungsi sebagai terapi nonfarmakologis untuk mendukung kesejahteraan psikologis pasien.

2.4.8. Mekanisme Terapi Dzikir dalam Menurunkan Kecemasan

Menurut Rahmawati, N., (2020) Terapi dzikir dapat menurunkan Tingkat kecemasan dengan cara :

1. Mekanisme Fisiologis

Hemodialisis dapat memicu kecemasan akibat ketidaknyamanan fisik, ketergantungan alat, dan perubahan gaya hidup. Terapi dzikir bekerja secara fisiologis melalui:

a. Aktivitas Sistem Saraf Parasimpatis

Dzikir, terutama yang dilafalkan dengan tenang dan berulang (seperti “Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar, Laa ilaaha illallah” atau Astagfirullah”), dapat merangsang saraf parasimpatis. Seperti Penurunan frekuensi denyut jantung, Penurunan tekanan darah, dan Relaksasi otot.

b. Penurunan Hormon Stres (Kortisol, Adrenalin)

Proses meditatif dalam dzikir menurunkan aktivitas hipotalamus-pituitari-adrenal

c. Efek Serotonin dan Endorfin

Spiritual yang kontemplatif seperti dzikir dapat memicu pelepasan serotonin dan endorphin, yang berperan dalam menimbulkan rasa tenang dan nyaman.

2. Mekanisme Psikologis

a. Distraksi Positif terhadap Stresor Dialisis

Dzikir dapat membantu mengalihkan pikiran pasien dari ketegangan akibat prosedur hemodialisis,suara mesin, atau kecemasan akan jarum suntik.

b. Peningkatan Self-Control dan Penerimaan

Mengucapkan dzikir dapat meningkatkan control diri terhadap emosi negatif dan meningkatkan penerimaan atas kondiri kronis.

c. Reduksi Pikiran Negatif Berulang

Dzikir menenangkan pikiran dengan menggantikan pikiran negatif berulang (ruminasi) dengan lafal positif dan terfokus.

3. Mekanisme

a. Meningkatkan Keimanan dan Ketundukan kepada Tuhan

Melalui dzikir, pasien merasa lebih dekat dengan Allah SWT, menumbuhkan rasa berserah dan keyakinan bahwa penyakit adalah ujian yang membawa pahala.

b. Penciptaan Rasa Aman dan diterima

Pasien merasa tidak sendiri dalam menghadapi penyakit, karena memiliki hubungan spiritual yang mendalam.

c. Penguatan Makna Hidup dan Harapan

Dzikir menguatkan mana hidup dan memberi harapan, yang sangat penting dalam menghadapi penyakit kronis jangka panjang.

2.4.9. Waktu dan Durasi Penerapan Terapi Dzikir

Waktu yang diperlukan untuk melakukan terapi dzikir adalah 3 kali pertemuan. Dengan durasi pemberian terapi 15-20 menit. Terapi dzikir ini dapat dilakukan setelah kegawatan hilang dan bisa dilakukan setiap hari.

2.4.10. Prosedur Terapi Dzikir

Tabel 2. 1 Standar Oprasional Terapi Dzikir

	TEKNIK TERAPI DZIKIR
Prosedur	
Pengertian	<p>Terapi dzikir adalah intervensi non-farmakologis yang melibatkan pengucapan atau penghayatan kalimat-kalimat dzikir (pujian dan pengagungan kepada Allah SWT) yang dilakukan secara berulang dan kontemplatif. Dzikir bertujuan untuk memberikan ketenangan jiwa, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kualitas spiritual serta kesejahteraan emosional pasien. Pada pasien CKD, terapi dzikir digunakan sebagai terapi komplementer untuk membantu mengurangi stres, kecemasan, dan meningkatkan kualitas hidup.</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan ketenangan batin dan spiritual kepada pasien CKD, dengan kecemasan. Membantu menurunkan tingkat kecemasan dan stres. Meningkatkan keikhlasan dan penerimaan terhadap kondisi penyakit kronis. Meningkatkan kualitas hidup pasien secara psikologis dan spiritual.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> Pasien CKD yang menunjukkan tanda-tanda stres atau kecemasan. Pasien CKD dengan latar belakang spiritual atau agama Islam. Pasien yang bersedia dan memahami makna dzikir. Pasien dengan status kesadaran yang baik dan mampu berkomunikasi.
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> Pasien dengan gangguan kesadaran (tidak sadar atau stupor). Pasien yang menolak atau tidak nyaman dengan praktik keagamaan. Pasien dengan gangguan kejiwaan berat yang belum stabil. Pasien dalam kondisi kritis yang membutuhkan intervensi medis segera.
Prosedur Kerja	<ul style="list-style-type: none"> Alat dan Bahan Ruang yang tenang dan nyaman. Buku dzikir atau lembar panduan dzikir. Tasbih Digital Tahap Pra-Interaksi

	<p>1) Persiapan diri perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berdoa sebelum memulai tindakan. ○ Menyiapkan mental dan fisik. ○ Menunjukkan sikap empati dan niat membantu. <p>2) Persiapan lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan ruangan tenang, bersih, dan nyaman. b. Minimalkan gangguan (suara bising, cahaya menyilaukan). <p>3) Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Melakukan salam sebagai pendekatan d. Perkenalkan diri kepada pasien. e. Jelaskan tujuan dan manfaat terapi dzikir,kontrak waktu 15-20 menit dilakukan 2 kali sehari dan prosedur Tindakan pada klien/ keluarga f. Tanyakan kesiapan dan kesediaan pasien untuk mengikuti terapi. g. Tentukan posisi nyaman bagi pasien (duduk atau berbaring). h. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan.
	<p>4) Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan dengan prinsip 6 langkah b. Menyiapkan alat c. Jaga privacy klien d. Atur posisi nyaman e. Ukur skala kecemasan f. Cek TTV g. Fokuskan pikiran pasien sebelum melakukan terapi Dzikir (10 menit) h. Melafalkan (Subhanalloh) 33 kali i. Melafalkan (Alhamdulillah) 33 kali j. Melafalkan (Allohuakbar) 33 kali k. Melafalkan (Lailahailalloh, wahdahu laa syarikaloh, lahul Mulku walahu hamdu wahuwa ‘ala kulli syai’in qadiir) 1 kali bacaan penutup. <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Terminasi Mengevaluasi respon pasien setelah dilakukan Tindakan <ol style="list-style-type: none"> a. Ukur Kembali skala kecemasan b. Cek TTV c. Mengakhiri kegiatan d. Mencuci tangan dan membereskan alat

	<p>e. Pendokumentasian (catat respon klien setelah melakukan terapi dzikir, tanyakan perasaan klien setelah melakukan terapi dzikir).</p> <p>5) Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajak pasien menyadari akhir sesi dengan napas dalam 2. Evaluasi singkat respons pasien terhadap terapi. 3. Ucapkan terimakasih atas partisipasi pasien. 4. Dokumentasikan hasil terapi dan reaksi pasien (misalnya: klien lebih tenang, tampak relaks, kecemasan menurun) 5. Anjurkan untuk melakukan dzikir secara mandiri sebagai bagian dari coping spiritual.
--	---

(Setia Ningrum, R. Y., 2023)

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease CKD)

2.5.1. Pengkajian

Menurut Bagaskara, (2024) *Chronic Kidney Disease* sebagai berikut :

a. Identitas Pasien

Identitas pasien yang perlu dikaji yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status, suku bangsa, Alamat, tanggal masuk ke rumah sakit, NO.RM, dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun, sampai pada tidak dapat memproduksi urine, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi-ventilasi, aoreksia, mual dan muntah, keringat dingin, kelelahan, nafas berbau urea, dan pruritus (rasa gatal), kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan (akumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuh karena ginjal gagal filtrasi.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) biasanya terjadi penurunan jumlah urine, penurunan kesadaran, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan system ventilasi, kelelahan, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas, selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme, maka akan terjadi anoreksia, mual dan muntah sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi.

d. Riwayat Penyakit dahulu

Chronic Kidney Disease (CKD) dimulai dari gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji penyakit riwayat penyakit infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan otot berlebihan khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, Benign Prostatic hyperplasia (BPH) dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi/menyebabkan gagal ginjal seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan batu saluran kemih.

e. Riwayat Penyakit keluarga

Chronic Kidney Disease (CKD) bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus skunder seperti Diabetes Mellitus dan Hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD), karena penyakit tersebut bersifat herediter. Kaji pada kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit.

f. Riwayat Psikologis

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping yang baik. Pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD), biasanya perubahan terjadi waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisis. Klien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri murung. Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga klien mengalami kecemasan.

g. Keadaan Umum dan Tanda-Tanda Vital

1. Pemeriksaan Fisik persistem

(a) Sistem pernapasan

Terdapat bau semacam urea pada saat bernafas. Jika kejadian suatu komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka pernapasan akan terjadi gangguan patologis. Pola napas semakin cepat sebagai tanda dari tubuh menjaga kestabilan ventilasi.

(b) Sistem Cardiovaskular

Hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan terjadinya gagal ginjal kronik. Tekanan darah yang mengalami peningkatan akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan menimbulkan terjadinya retensi natrium air, hal ini akan menambah kinerja pada jantung.

(c) Sistem pencernaan

Gangguan pada sistem pencernaan banyak diakibatkan karena stress effect. Biasanya diitemukan mual, muntah, diare dan anoreksia.

(d) Sistem Genitourinaria

Kegagalan ginjal secara menyeluruh akan mengakibatkan penurunan output urine 400 ml/hari.

(e) Sistem Endokrin

Terkait pola perilaku seksual, klien dengan gagal ginjal kronik akan mengalami ketidakfungsian seksualitas dikarenakan hormon reproduksi berkurang. Selain itu jika gagal ginjal kronik bersangkutan dengan DM maka sekresi insulin akan mengalami gangguan yang berpengaruh pada terjadinya metabolisme.

(f) Sistem Persyarafan

jaringan kompleks yang mengatur dan mengoordinasikan seluruh aktivitas tubuh. Sistem ini terdiri dari otak, sumsum tulang belakang, organ-organ sensorik, dan saraf-saraf yang menghubungkan semuanya

(g) Sistem Integument

Kulit akan menjadi rapuh dan tipis, kulit menjadi pucat, kering dan mengelupas, bersisik, akan muncul pruritus, warna cokelat kekuningan, hiperpigmentasi, memar, uremic frost, ekimosis, petekie. CRT >3 detik, kulit teraba kasar dan tidak rata.

(h) Sistem musculoskeletal

Penurunan fungsi / kegagalan fungsi ginjal ini berpengaruh terhadap proses terjadinya demineralisasi tulang, hal ini akan terjadi beberapa resiko tinggi terkena osteoporosis.

(i) Sistem Penglihatan

pemeriksaan lapang pandang, ketajaman penglihatan, dan mata neurologis. Pemeriksaan ini bisa dilakukan oleh dokter spesialis mata, ahli optik, atau perawat.

(j) Wicara dan THT

Pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan inspeksi, perabaan, dan tes penunjang. memeriksa rongga mulut, termasuk bibir, gigi, gusi, langit-langit mulut, lidah, dan tenggorokan. menggunakan kaca mulut untuk melihat pita suara. ini dapat melakukan laringoskopi, yaitu pemeriksaan pita suara dan laring menggunakan alat khusus yang disebut laringoskop.

melakukan pemeriksaan fisik telinga, termasuk tes penala, seperti tes Rinne, Weber, dan Swabach. dapat melakukan tes pendengaran lain, seperti speech perception test, yaitu tes untuk mengetahui seberapa baik pasien mendengar dan memahami percakapan sederhana

2. Pola Aktivitas Sehari- hari

a) Pola Nutrisi

Pada pasien CKD terjadi peningkatan BB karena adanya edema, namun bisa juga terjadi penurunan BB karena kebutuhan nutrisi yang kurang ditandai dengan adanya anoreksia serta mual atau muntah.

b) Pola Eliminasi

Pada pasien CKD akan terjadi oliguria atau penurunan produksi urine kurang dari 30 cc/jam atau 500 cc/24 jam. Bahkan bisa juga terjadi anuria yaitu tidak bisa mengeluarkan urin selain itu juga terjadi perubahan warna pada urin seperti kuning pekat, merah dan coklat

c) Pola Istirahat tidur

Pada pasien CKD istirahat dan tidur akan terganggu karena terdapat gejala nyeri panggul, sakit kepala, kram otot dan gelisah dan akan memburuk pada malam hari.(Debieanti, 2022)

d) Pola aktivitas dan Latihan

Pada pasien CKD akan terjadi kelemahan otot dan kelelahan yang ekstrem saat beraktivitas.(Debieanti, 2022)

e) Personal Hygiene

Pada klien CKD penggunaan sabun yang mengandung gliserin akan mengakibatkan kulit bertambah kering. (Debieanti, 2022)

3. Data Psikologis

Data psikologis merujuk pada informasi yang berkaitan dengan aspek kejiwaan seseorang, termasuk kondisi mental, emosional, dan perilaku. Data ini biasanya diperoleh melalui wawancara, observasi, atau tes psikologis untuk memahami karakteristik individu, tingkat stres, kecerdasan emosional, kepribadian, dan gangguan psikologis jika ada.

4. Data Spiritual

Data spiritual mencakup informasi yang berhubungan dengan keyakinan, nilai-nilai hidup, dan aspek kejiwaan seseorang yang berkaitan dengan kehidupan batin. Data ini sering dikaitkan dengan kepercayaan terhadap makna hidup, tujuan hidup, dan hubungan seseorang dengan aspek transendental atau agama.

Tabel 2. 2 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	DIAGNOSA
<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pengisian kapiler (capillary refill >3 detik)- Nadi perifer menurun atau tidak teraba- Akral teraba dingin- Warna kulit pucat- Turgor kulit menurun	<p>Hiperglikemia ↓ Penurunan konsentrasi hemoglobin ↓ Peningkatan tekanan darah ↓ Kekurangan volume cairan ↓ Penurunan aliran arteri dan/atau vena ↓ Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) ↓ Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis.</p>	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

	<p>diabetes melitus, hiperlipidemia)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurang aktivitas fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	
DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> - Edema anasarca atau edema perifer - Berat badan meningkat dalam waktu singkat - Jugular venous pressure (JVG) dan central venous pressure (CVP) meningkat - Refleks hepatojugular positif 	<p>Gangguan reabsorsi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipernatremia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retensi cairan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Volume vaskuler ↑</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Permeabilitas kapiler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Volume cairan meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipervolemia</p>	Hipervolemia (D.0022)
DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ meningkat/menurun - PO₂ meurun - Ph arteri meningkat/menurun - Takikardia - Adanya bunyi napas tambahan (mis. Wheezing, rales) 	<p>Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Oedema pulmonal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ekspansi paru menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retensi CO₂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asidosis respiratorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan pertukaran gas</p>	Gangguan pertukaran gas (D. 0003)
DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat 	<p>CKD</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses hemodialisa kontinyu</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Ansietas (D. 0080)

<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat - Tekanaan darah menigkat - Diaforesis - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Tampak gelisah - Sulit tidur - Skor Kecemasan Kurang dari 14= tidak ada kecemasan 14-20= kecemasan ringan 21-27= kecemasan sedang 28-41=kecemasan berat 42-56=kecemasan berat sekali 	Tindakan invasif berulang ↓ Kurang terpapar informasi indekuat ↓ Ansietas	
---	--	--

2.5.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian dari menentukan asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu klien mencapai Kesehatan yang ideal. Diagnose keperawatan berencana untuk membedakan reaksi klien individu, keluarga dan kelompok terhadap keadaan untuk mencapai kesejahteraan .(SDKI, 2017)

- a. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) b.d penurunan kadar hemoglobin.
- b. Hipervolemia (D.0022) b.d kehilangan cairan aktif, kekurangan intake cairan dan kegagalan mekanisme regulasi.
- c. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi atau perubahan membrane alveolus-kapiler.
- d. Ansietas (D.0080) b.d krisis situasional d.d. merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, berdebar-debar, mengeluh pusing, sulit tidur, tampak gelisah, tampak tegang,mesara cema.

2.5.3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi SDKI (SDKI, 2017), SIKI (SIKI, 2018), SLKI (SLKI, 2019)

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama....X 24 jam, maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler membaik. 2. Warna kulit pucat menurun. 3. Akral membaik. 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Lakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari pemasakan dan penekanan torniquet pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan berhenti merokok 11. Anjurkan berolahraga rutin 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 13. Anjurkan penggunaan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 14. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15. Anjurkan menghindari obat penyekat beta 16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 17. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 18. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
2.	Hipervolemia (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...X 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Orthopnea, dispnea, edema,

		<p>1. Edema menurun 2. Haluanan urine meningkat 3. Berat badan membaik</p>	<p>JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)</p> <p>2. Identifikasi penyebab hypervolemia</p> <p>3. Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah)</p> <p>4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>5. Monitor dan tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, hematokrit, berat jenis urine)</p> <p>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat)</p> <p>7. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>8. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensiortostatik, hipovolmia, hypokalemia, hyponatremia)</p> <p><i>Teurapeutik :</i></p> <p>9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>10. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>11. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>12. Anjurkan melapor jika haluanan urine <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>13. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari</p> <p>14. Anjurkan cara mengukur dan menatasi asupan dan hakuanan cairan</p> <p>15. Anjurkan cara membatasi cairan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>16. Kolaborasi pemberian diuretic</p> <p>17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p> <p>18. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu</p>
--	--	--	--